

国民健康保険 葬祭費請求書

金 円 也

上記の金額を下記により請求します。

年 月 日

請求者 (葬祭執行者) 住 所

氏 名

電 話 ()

郡 上 市 長 様

記

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		死 亡 し た 被 保 険 者 の 氏 名	
死 亡 年 月 日	年 月 日	世 帯 主 の 氏 名 個 人 番 号	
請 求 者 と 死 亡 し た 被 保 険 者 の 関 係		死 亡 の 原 因	

証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 岐阜県郡上市長
--------	---

振 込 先 金 融 機 関		預 金 種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人 (フ リ ガ ナ)
銀 行 信 用 金 庫 農 協 組 合	本 店 支 店 出 張 所	普 通 当 座		

(請求者と口座名義人が異なる場合)
上記名義人の口座に振り込まれることを承諾します。

年 月 日

請求者氏名